



Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus und schicken Sie ihn per E-Mail an mich zurück ([info@osteopathie-nordheide.de](mailto:info@osteopathie-nordheide.de)) oder bringen ihn zur ersten Behandlung unterschrieben mit. Der Fragebogen hilft bisherige Erkrankungen, Unfälle oder Krankenhausaufenthalte mit in die Behandlung einzubeziehen.

Sie können außerdem gerne aktuelle Befunde mit zur Behandlung bringen z.B. Blutuntersuchung, Röntgen etc.

Falls Fragen beim Ausfüllen auftreten sollen, können wir diese gerne persönlich bei der Behandlung besprechen!

Vielen herzlichen Dank.

Name, Vorname des Patienten:

Geburtsdatum:

Kontaktdaten:

Versicherung:

Selbstzahler:

Behandelnder Arzt:

Körpergröße:

Gewicht:

Welche aktuellen Beschwerden führen Sie hierher?

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Gab es einen Auslöser?

Welche Maßnahmen haben Sie bisher dagegen unternommen?

Bitte zutreffende Antworten umkreisen/unterstreichen und wenn möglich begründen.

Bestehen bei Ihnen.....

Kopfschmerzen/ Migräne?	ja	nein	wie oft?
Erkrankungen im HNO Bereich?	ja	nein	welche?
Probleme des Kiefergelenks?	ja	nein	welche?
Regelmäßige Erkältungen? Herpes, Aphten o.ä.?	ja	nein	welche?

Schwindel?	ja	nein	wie/wann?
Tinnitus?	ja	nein	
Erkrankungen der Schilddrüse?	ja	nein	welche?
Erkrankungen der Atemwege?	ja	nein	welche?
Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems?	ja	nein	welche?
Erkrankungen des Verdauungs-Traktes?	ja	nein	welche?
Nahrungsunverträglichkeiten?	ja	nein	welche?
Erkrankungen Urogenitalbereich?	ja	nein	welche?
Bestehen bei Ihnen Störungen des Schlafverhaltens?	ja	nein	welche?
Konzentrationsschwächen?	ja	nein	
Depressive Verstimmungen?	ja	nein	
Chronische Erkrankungen?	ja	nein	welche?
Allergien?	ja	nein	
Nehmen Sie Medikamente ein?	ja	nein	welche?
Rauchen Sie?	ja	nein	
Trinken Sie Alkohol?	ja	nein	
Wieviel Wasser trinken Sie pro Tag?			
Gibt es in Ihrer Familie besondere Erkrankungen?			
Waren Sie schon einmal im Krankenhaus?	ja	nein	weshalb?
Gibt es sonstige Vorerkrankungen?			